



UNIVERSITÉ BADJI MOKHTAR

**FACULTÉ DE MÉDECINE
MODULE D'INFECTIOLOGIE**

4^{ÈME} ANNÉE DE MÉDECINE



HERPÈS VIROSES

Z. BOUDIAF

Maitre de conférences B en Infectiologie

Email : zboudiaf21@yahoo.fr

OBJECTIFS

- 1. Diagnostiquer et traiter une poussée d'herpès cutané et muqueux.**
- 2. Diagnostiquer et traiter une varicelle et en connaître les complications.**
- 3. Diagnostiquer et traiter un zona dans ses différentes localisations**
- 4. Connaître les risques en cas d'infection chez la femme enceinte, le nouveau-né**

INTRODUCTION

- **Virus strictement humain**
- **Polymorphisme clinique**
- **8 types de virus**
- **Virus très fragiles**
- **Effet cyto-pathogène spécifique**
- **Intérêt actuel** : immuno-dépression **HIV +++**

INTRODUCTION

- **La plupart des infections sont asymptomatiques**
- **Gravité de certaines formes**
- **Infection latente à vie dans les ganglions sensitifs**
- **Réactivation : (stress, immunodéficience « greffe, infection par le VIH »).**
- **pas de vaccin (sauf varicelle)**

CLASSIFICATION DES *HERPESVIRIDAE*

familles:

Alphaherpesvirinae:

Simplexvirus : HHV 1 et 2 (HSV 1 et 2):
Varicellovirus : HHV3: Varicelle et Zona

Betaherpesvirinae:

Cytomegalovirus (HHV5)
Roseolovirus : (HHV6, 7)

Gammaherpesvirinae:

Lymphocryptovirus : HHV4 ou EBV
Rhadinovirus : HHV8 (Sarcome de Kaposi)

Genres:

Principales situations en pathologie humaine:

-HSV-1 et 2 :

- primo-infection et réactivations muqueuses;
- méningo-encéphalite;
- infection néonatale si infection génitale maternelle lors de l'accouchement

-VZV :

- varicelle et zona ;
- risque de transmission foétale si varicelle pendant la grossesse (en particulier dernière semaine de grossesse)

- CMV :

- Primo-infection chez l'immunocompétent
- PRIMO-INFECTION et réactivation chez l'immunodéprimé,
- Infection foétale si primo-infection pendant la grossesse

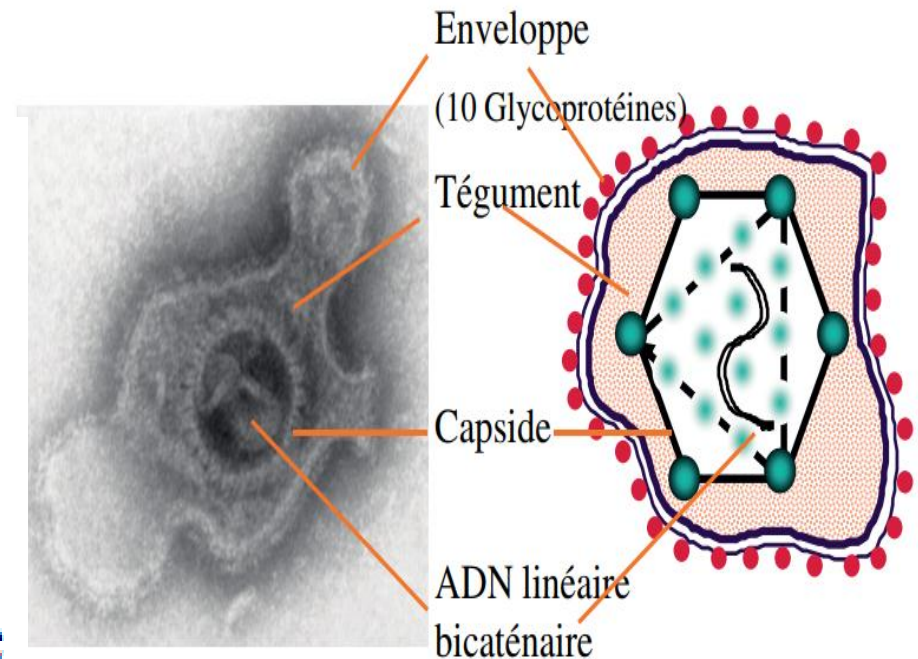
-EBV : primo-infection parfois symptomatique : mononucléose infectieuse

- Diagnostic : clinique pour HSV (hors méningo-encéphalite) et VZV
- Traitements disponibles

Caractères généraux des herpes viridae

Structure

- virus à **ADN** bicaténaire
- capside icosaédrique
- **enveloppe** avec spicules
- 150 à 200 nm de diamètre



MODES DE TRANSMISSION

Virus enveloppés = fragiles

Transmission par **contact direct**

vésicules, salive pour HSV, VZV

sang pour CMV, HHV 6-7-8



+ transmission **respiratoire** : pour VZV
et HHV 6-7



PHYSIOPATHOLOGIE

I. Primo-infection :

1^{er} contact avec le virus → pénétration du virus dans l'organisme

Primo-infection = anticorps non protecteurs

II. Latence :

- **Persistance du virus latent dans un gite spécifique**
 - Virus de la varicelle- zona et herpes virus simplex : **ganglions spinaux sacrés et de GASSER**
 - Cytomégalovirus : **macrophages**
 - Epstein-barr : **lymphocytes B**
 - HV6 : **glandes salivaires et cellules mononuclées**

PHYSIOPATHOLOGIE

III. Récurrences :

- Relargage (redistribution) plus ou moins répété et espacé du virus dans le sang à partir des gîtes
- Symptomatiques ou asymptomatiques
- Touche :
 - Sujet **Immunocompétent et Immunodéprimé** : VZV-HSV
 - Sujet **immunodéprimé** : CMV – EBV – HV6 et 8

HERPES VIRUS SIMPLEX

EPIDEMIOLOGIE

- Infections par les herpes simplex : très fréquentes et ubiquitaires.

On les répartie en deux territoires :

- HSV-1 : au-dessus de la ceinture.

Exemples : **gingivo-stomatites** , **méningo-encéphalites herpétiques**.

- HSV-2 : au-dessous de la ceinture : **herpès génital**.

- Répartition schématique

➤ et on peut retrouver un herpès de type 2 responsable d'une MEH ou un herpès de type 1 responsable d'un herpès génital...

➤ Une même personne peut être infectée par un HSV-1 et par un HSV-2 malgré une immunité croisée qui est partielle

EPIDEMIOLOGIE

- **À l'âge adulte, dans le monde, un milliard d'adultes seraient infectés.**
- **70 à 95 % ont une sérologie positive à HSV-1,**
- **10 à 60 % une sérologie positive à HSV-2.**

La prévalence de l'infection par les Herpes simplex est fonction des conditions d'hygiène des populations.

TRANSMISSION DES HSV 1 ET 2

- Par **contacts étroits** entre une personne contaminée et une personne saine.
- Les Herpes Simplex sont présents dans :
La salive, les sécrétions sexuelles, les larmes, le LCR et lésions.
- **Transmission par :**
 - Les rapports sexuels
 - Les baisers
 - Les contacts avec les lésions
 - Lors de l'accouchement, d'une mère infectée à l'enfant lors de son passage dans la filière génitale.

PHYSIOPATHOLOGIE

1. **Pénétration cutanée ou muqueuse du virus**
2. **Acheminement du virus par 2 voies**

- Hématogène → septicémie : rare +++ (Nné)
- Nerveuse +++ vers les gîtes

Ganglions sensitifs : **gîtes +++**

- Moelle – méninges – encéphale : excep.

3. **Récurrences** : réplication du virus au niveau du gîte et dissémination vers :

Peau +++

autres organes +/-

- **Facteurs favorisant les récurrences**

- Stress
- Menstruations
- Infections (méningocoque, pneumocoque, paludisme, grippe ...)

CLINIQUE

I-Primo-infection

A. Primo-infection : HSV1

➤ **Incubation** : 2 à 12 jours

➤ **Aspects cliniques** → différents tableaux

1-Gingivo-stomatite aiguë

- **Enfant : 1 à 4 ans**
- **Dysphagie ++ → arrêt de l'alimentation**
- **Ulcérations diffuses : muqueuses : jugale – gingivale palatine – amygdales +/- lèvres et menton**
- **Fièvre : 39-40°C**
- **ADP sous angulo-maxillaires**



Évolution : guérison spontanée : 15 jours
Surinfections possibles: staph levures

Réactivation

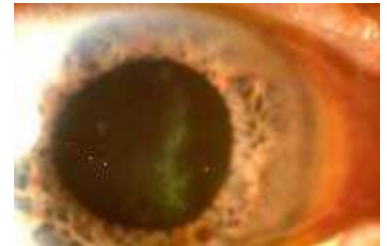
- Fréquence +++
- Symptomatique ou asymptomatique
- Herpès labial

Herpes labial



- **2-Kératite herpétique**

- Enfant +++
- bénigne en général
- Ulcération unilatérale de la cornée → sensation de corps étranger + larmoiement + photophobie – indolore
- Ulcération parfois profonde



– **Risque : opacité définitive de la cornée**

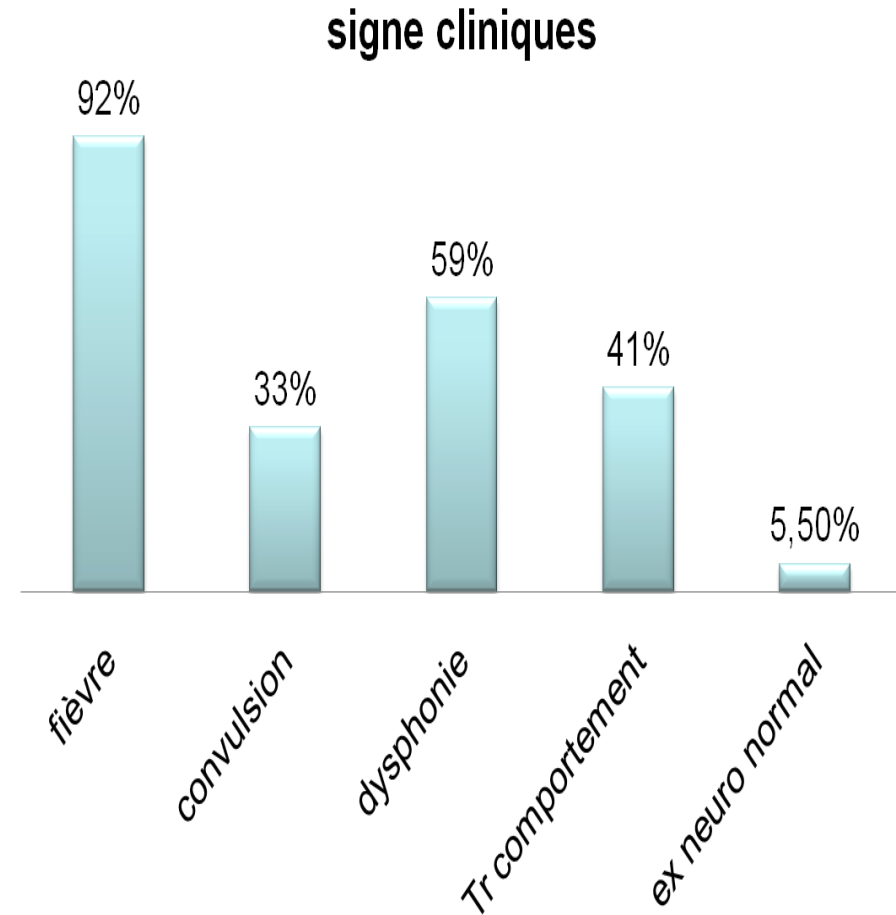
– **Évolution** : guérison en quelques jours
Surinfection possibles

HERPES VIRUS SIMPLEX

3-Encéphalite herpétique

- Terrain : surtout enfant et adulte jeune.
- réalise une encéphalite aiguë nécrosante
- Evolution spontanée : gravissime
(80 % de mortalité, séquelles majeures chez les survivants).
- Début brutal < 48h : Fièvre à 40°C et des céphalées
- Rapidement apparaissent :
 - des troubles de conscience voir coma,
 - crises comitiales
 - troubles du caractère
 - de la mémoire
 - et des troubles phasiques
 - avec des signes déficitaires surtout une hémiplégie.

Le fond d'œil peut montrer un œdème papillaire



3-Encéphalite herpétique

Bilan :

- **PL :**

- Liquide eau de roche, Hyper protéinorachie modérée (< 1g/l),
- normo- ou hypoglycorachie,
- pléiocytose (< 500 éléments/mm³), formule panachée.

- **PCR HSV positive dans le LCR +++.**

- * **Imagerie cérébrale :** IRM de préférence, sinon TDM.

- IRM : Hypo signal dans les zones temporales.
- TDM : zones hypo denses (=nécrose) dans la région temporale + oedème péri lésionnel correspondant à la nécrose fixant le contraste avec un œdème péri lésionnel important +/- **dévi**ation des structures médianes.

4-Autres lésions :

A- Panaris herpétique (index ++) : vésicule de la pulpe du doigt reconnue sur l'aspect de la lésion et des signes prémonitoires (picotements, brulures).

B - Angine : **habituellement associée à une stomatite**

C- Vulvo-vaginite : fillette, Contamination par les doigts souillés de HVS1, **Aspect vésiculeux évocateur.**

D- Pustulose varioliforme de Kaposi-Juliusberg : menace le nourrisson présentant un **eczéma diffus** qui se surinfecte par le virus herpès.

- Le tableau est grave, se caractérise par des **pustules souvent hémorragiques s'étendant rapidement du visage à l'ensemble du corps sur les lésions d'eczéma préexistantes**, et peut se compliquer de surinfection bactérienne.
- **Traitement : Aciclovir en urgence**

Herpès disséminé (syndrome de Kaposi-Juliusberg) compliquant une dermatite atopique



B. Primo-infection : HSV2

1-Herpes génital

a-Chez la femme

- **Vulvite diffuse :**
 - Grosses bulles ou nappes érosives avec fausses membranes
 - Douleurs + T° 38°C + AEG + ADP inguinales
- **Guérison** spontanée 10j
- **Récurrences +++**



b-Chez l'homme



❖ Siège: Gland – prépuce – sillon balano-préputial

❖ Aspects cliniques

- _ Urétrite
- anoréctite (homosexuel)

• **Fréquence élevée de porteurs asymptomatiques → contagion +++**

2-Herpes néonatal

Rare

- Secondaire à la primo-infection chez la mère symptomatique ou non
- In utero : rare
- **Accouchement : +++**
- **Avant 28^{ème} semaine (1^{er} – 2^{ème} trimestre)**
 - ABRT +++
 - Foetopathie + = **retard de croissance in utero** → microcéphalie – microphthalmie – cataracte – chorio-rétinite – retard psychomoteur



2-Herpes néonatal

I



II. Herpes récurrent

• **Prodromes** : quelques heures avant : brûlures, douleurs **reconnus par le patient**

• **Éruption** :

– **Aspect** :

- **macules** → **vésicules** en tête d'épingle transparentes groupées en bouquet de 6 à 12
- Parfois **phlyctènes** surtout sur la peau
- **Érosion superficielles**, limitées par un liseré rouge vif sur les muqueuses
- T° normale < 38°



– Siège

- visage autour de la bouche, Orifices nasaux, joue , lobule de l'oreille
- Organes génitaux : vulvite – balanite
- Kératite : diminution de la vision
- Encéphalite : rare

– Évolution

- vésicule → trouble → croûte → qui disparaît en quelques jours sans cicatrices

III. HSV et immunodépression cellulaire

Transplantation d'organes , SIDA, lymphome, corticoïdes, malnutrition

Clinique

- ❖ Atteinte cutanéomuqueuse diffuse
- ❖ Ulcérations digestives
- ❖ Ulcérations péri-anales
- ❖ Atteinte polyviscérale : Pneumopathie – hépatite – encéphalite...etc

DIAGNOSTIC POSITIF

Clinique +++

Biologie + : recherche de cellules infectées

Sérologie : Ig M spécifiques : primo-infection

TRAITEMENT

- **1-Gingivo-stomatite :**
- Acyclovir IV si per os impossible
- Valaciclovir 2cp/jour 8 à 10 jours dès le début ou en relai
 - Réhydratation orale
 - bain de bouche : bicarbonaté + aspirine
 - Alimentation froide liquide
- **2-Herpes génital :** primo infection
- Valaciclovir(Zelitrex): 2cp à 500mg en 1 à 2 prises
ou
- Aciclovir cp 200mg 5 cp/j → 5 jours
+
- aciclovir crème 5 applications/j → 5j

- **3-Récurrences** : si **plus de 6 épisodes/an**
 - TRT plusieurs mois(6 à 12 mois) mais rechutes fréquentes à l'arrêt
 - **Acyclovir ++** **Valaciclovir +++**
- **4-Femme enceinte**
 - **Si primo-infection** : césarienne + Aciclovir 30mg/kg/j en perfusion pendant 15 j (mère + nouveau-né)
 - **Si herpes 8 jours avant** : césarienne ou Aciclovir chez nouveau-né en perfusion
- **5-Herpes cornéen**
 - **Kératite superficielle** : Aciclovir pommade ophtalmique : 5 applications/j pendant 5 à 10 j + pansements occlusifs
 - **Kératite profonde** : Aciclovir en perfusion 21 jours

- **Encéphalite :**
 - Aciclovir : 30 mg/kg/j en perfusion pendant 3 semaines
- **Immunodéprimé :**
 - Même TRT que pour l'encéphalite
- **Récurrences :**
 - Aciclovir pommade 5 applications / j dès les prodromes => diminue les récurrences

VARICELLE-ZONA-VIRUS

I- PRIMO-INFECTION = VARICELLE

EPIDEMIOLOGIE

- **Âge** : enfant : 2 à 10 ans -- adulte : rare
- **Transmission** :
 - Gouttelettes salivaires +++
 - Lésions cutanées ++
 - Trans-placentaire : exceptionnelle
- **Période de contagiosité** :
 - Quelques jours avant l'éruption → disparition des croûtes **très contagieuse**

CLINIQUE

La forme commune

❖ **Incubation** : 2 semaines silencieuse

❖ **Invasion** :

- T° 38°C – malaise général
- Érythème scarlatiniforme fugace

❖ **État** : **A- ERUPTION**: caractérisée par

– **1-Aspect** :

- macules roses → papules → vésicules transparentes « **en gouttes de rosée** » entourées d'un fin liseré rouge → vésicules troubles → dessèchement et dépression des vésicules
- **4ème jour** : croûtes brunâtres
- **10ème jour** : les croûtes tombent



48h

- **2-Siège :**
 - Face – thorax +++ Membres +/- muqueuse buccale = énanthème +/-
- **3-Évolution :** 2 à 3 poussées → guérison en 10 à 15 jours chez l'immunocompétent
- **Coexistence d'éléments d'âge différents +++**
- Évolution vers une guérison spontanée
 - **B-Autres signes :**
 - prurit +/-
 - $T^{\circ} > 38^{\circ}\text{C}$
 - ADP cervicales_ céphalées- AEG



- **Complications :**

- **Surinfection des lésions** : Staph. Ou Strepto. surtout chez l'enfant
 - Facteurs favorisants: anti-inflammatoires; TRT locaux (talc, poudre)
- **Ataxie cérébelleuse** : enfant+++ rare (1/40000)
 - peut précéder l'éruption
 - guérison spontanée en 15 jours
- Encephalite; polyradiculites, paralysie des nerfs crâniens; méningites, myélite
- **Vascularite** des petits et gros troncs avec risque d'AVC plusieurs mois après la varicelle

Complications :

- **Purpura thrombopénique** : évolution bénigne
- **Laryngite** : rare : dysphonie
- **Pneumopathie varicelleuse**: plus fréquente et plus grave chez l'adulte
 - 1 à 7 jours après le début
 - Varie de la pneumonie intersticielle radiologique peu symptomatique au SDRA(syndrome de détresse respiratoire aigu)
- **Surinfections bronchiques**: plus rares

Les formes cliniques

- **F. de l'adulte :**
 - **Grave** => hospitalisation souvent
 - Pneumonie varicelleuse – encéphalite – méningite
 - **Évolution** : bénigne généralement
- **F. de l'immunodéprimé = grave : 15à 20% de mortalité**
 - **Syndrome infectieux sévère**
 - **Éruption généralisée:** Des lésions nécrotiques et hémorragiques pouvant se prolonger plusieurs semaines
 - **Des localisations viscérales multiples:** Pneumopathie – hépatite – encéphalite – méningite parfois CVID
 - Atteintes neurologiques chroniques: myélites; encéphalites
 - Nécrose rétinienne aiguë

Les formes cliniques

- **F. congénitale : grave**

- **Varicelle chez la mère 5 jours avant accouchement**

- Éruption, pneumopathie, ulcération digestive, hépatite, méningite

- **Varicelle : 1^{er} trimestre**

- => embryopathie : exceptionnelle
 - Hypoplasie d'un ou plusieurs membres
 - Chorio-rétinite - cataracte

RECURRENCE = ZONA

- Immunocompétent : rare, surmenage
- Immunodéprimé +++ (diminution de l'immunité cellulaire)
- ✓ Le zona touche 10 à 20% de la population.
- ✓ Âge : +++ adulte – **sujet âgé au-delà de 50 ans**
- ✓ Eruption vésiculeuse suivant un trajet métamérique, unilatérale, accompagnée de douleurs.
- ✓ Aspect typique : 90%
- ✓ Localisation intercostale : 50-70%
- ✓ Atypies : topographie ou diffusion inhabituelle, signes trompeurs, association à une dermatite atopique.
- ✓ Formes de l'immunodéprimé : lésions ulcéro-hémorragiques et nécrotiques, plurimétamériques, atteinte polyviscérale.

1-Zona thoracique

- **1-Début** : brûlures dans le territoire où siègera l'éruption
- **2-L'éruption** :
 - **Unilatérale - en hémi-ceinture**
 - Le long d'une racine nerveuse → 1 ou plusieurs métamères contigus
 - Éléments érythémateux rose vif -
 - $\xrightarrow{24h}$ vésicules arrondies en bouquet
 - $\xrightarrow{\quad}$ bulles confluentes
 - $\xrightarrow{5j}$ vésicules troubles → dessèchement
 - $\xrightarrow{7j}$ croûte brunâtre
 - $\xrightarrow{10j}$ croûte tombe → cicatrice rose puis blanche souvent persistante

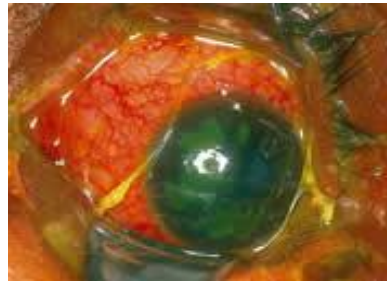
Zona thoracique

- **Évolution :**
 - **Plusieurs poussées** pendant 2 à 3 semaines
 - Guérison avec soins locaux
- **Autres signes :**
 - État général conservé
 - pas de fièvre
 - ADP axillaires satellites ++
 - Paresthésies
 - Douleurs : **brûlures +++ sujet âgé**



2-Zona ophtalmique

- Sujet âgé +++
- Complications fréquentes parfois graves pouvant **compromettre la vision de façon irréversible**
- Touche 1 des 3 branches du nerf ophtalmique : frontale, – lacrymale, nasale
- ADP pré-tragéennes
- **Kératite si atteinte du nasal externe**; à rechercher par examen ophtalmo systématique testant la sensibilité cornéenne
- irido cyclite
- Paralysies occulo-motrices fréquentes – régressives
- **Algies post zostériennes +++**



2-Zona ophtalmique



Vésicules groupées sur un fond érythémateux



Ulcérations, croutes et nécrose au cours de l'évolution

3-Zona du ganglion géniculé

- **Eruption**
- Tympan – conduit auditif externe – conque du pavillon et 2/3 antérieur de l'hémi-langue homolatérale
- Troubles vestibulaires (vertiges +++) fréquents
- Paralysie faciale périphérique fréquente



4-céphalique

- Sujet âgé +++
- éruption au niveau Front – cuir chevelu
- Douleurs +++

5- Zona chez l'immunodéprimé

- **Éruption** généralisée sur tout le corps > 20 vésicules à distance du métamère atteint
- **Atteintes** viscérales dans 10 à 50% des cas
- Pneumopathie – hépatite – encéphalite
- **Mortalité** dans 5 à 15% des cas par pneumopathies surtout malgré les antiviraux

Zona multimétamérique



Complications

- **Surinfection** : *Staphylocoque* +++
- **Algies post-zostériennes** :
 - Persistance des douleurs initiales > 3 mois
 - Intensité +++
 - => insomnie – agitation – dépression
 - Sujet âgé +++
 - Formes céphaliques
 - **Paralysies occulo-motrices**
 - **Angéite carotidienne** avec hémiplégie controlatérale au zona ophtalmique

DIAGNOSTIC

- **CLINIQUE** +++
- **Biologie** :
 - virus par PCR dans LCR, LBA...etc
 - Culture virale: peu d'intérêt
- Examen des cellules vésiculaires en immunofluorescence à la recherche d'antigènes viraux: résultat rapide

TRAITEMENT

VARICELLE

Éviction scolaire → disparition des croûtes

- **Pas d'aspirine**: risque syndrome de Reye
- **Pas d'anti inflammatoires** : surinfection
- **Antihistaminiques**
- **Hygiène** : 1 douche / j eau tiède avec pain ou savon dermatologique
 - **lavage des mains**
 - **ongles courts**
 - **Pas de** (talc, pommade, gel, colorant aqueux, antibiotiques, antiviraux) sur lésions
- **Surinfection** : céphalosporine de 1^{ère} Génération / Macrolides par voie générale
- **Immuno déprimé, Nné, femme enceinte** :
Aciclovir 10mg/kg/8h pendant 10 à 15 jours en IV

TRAITEMENT

- ZONA

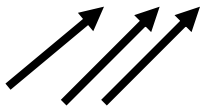
- - Mesures d'hygiène = varicelle
- Antalgiques + anti-inflammatoires; douleurs
- Aciclovir 5 cp/j dès le début de l'éruption → diminution des algies post- zostériennes
- **Formes ophtalmiques et immuno déprimé**: Aciclovir 10mg/kg/8h en IV + Aciclovir pommade ophtalmique
- **Algies post-zostériennes** :
 - Aciclovir – antalgiques – anti-inflammatoires-antidépresseurs (CARBAMAZÉPINE – TÉGRÉTOL)
 - Chirurgie – douleur – échec fréquent – réponse différente d'un sujet à un autre

VARICELLE-ZONA

PREVENTION

- Vaccin (VZV) immunodéprimé
- Entourage sujet immunopéprimé
- Immunoglobulines spécifiques anti VVZ

CYTOMEGALOVIRUS

- Fréquence : 
- **Virus ubiquitaire = endémie**
 - Formes inapparentes +++
 - 80 % des adultes : anticorps anti-CMV
 - **Pathogène en cas de réactivation chez l'immuno déprimé**
- Transmission : interhumaine
 - **Aérienne** : gouttelettes salivaires
 - **Vénérienne** : sperme + glaire cervicale, urines, lait
 - **Sanguine** : +++ transfusion massive : CEC – greffon +++

Physiopathologie

1. Infection primaire: Persistance latente et définitive du virus après primo infection dans les cellules mononuclées, lymphocytes T, PNN, cellules endothéliales et cellules épithéliales rénales

2. Infection secondaire: Réactivation de l'infection latente favorisée par déficit immunité cellulaire(ex VIH) ou réinfection exogène par une autre souche= atteintes tissulaires

CLINIQUE

- Infection de l'adulte= **Tableau clinique polymorphe**
- 1- Primo-infection asymptomatique+++
- 2- Fièvre isolée : T° 39 – 40° + frissons pendant 2 à 6 semaines parfois associée à
- Asthénie – arthralgies – céphalées – chute de poids – HPM – SPM : inconstantes
 - Biologie:
 - FNS : syndrome mononucléosique avec de grandes cellules hyper-basophiles + neutropénie + thrombopénie
 - Transaminases élevées
 - Anticorps anti-nucléaires et facteurs rhumatoïde test de coombs positifs de façon transitoire
 - Guérison spontanée : 1 à 2 mois

CLINIQUE

3- Autres formes

- **Pneumopathie interstitielle**
- **Polyradiculonévrite de GUILLAIN-BARRE**
- **Myocardite – péricardite**
- **Anémie hémolytique**
- **Colite – gastrite**

- 4. Forme du sujet immunodéprimé** : infections opportunistes à CMV lors de déficit de type cellulaire
- Transplantation de moelle ou d'organes
 - Pneumopathie interstitielle
 - Hépatite
 - **Chorio-rétinite : +++**
 - Diagnostic : F.O. systématique
 - Troubles visuels rares : diminution de l'acuité visuelle uni ou bilatérale
 - Évolution : cécité
 - Diagnostic positif : F.O. + angiographie

CLINIQUE

- **Entérocolite : 2^{ème} localisation :**
 - Fièvre
 - diarrhée
 - douleurs abdominales
- **Diagnostic + : colonoscopie : colite inflammatoire ulcérée**
 - Histologie : inclusions à CMV
 - Œsophagite
 - Gastrite
 - Entérite
 - cholangite
 - pancréatite
 - Encéphalite, myélite, méningite : isolées ou associées

Diagnostic positif : CMV dans le LCR par PCR)

CLINIQUE

- **Forme du sujet immunodéprimé :**
- Réactivation du CMV : récurrences:
 - Favorisée par l'immuno dépression cellulaire
 - Manifestation chez l'immunodéprimé = récurrences ou ré-infestation

CLINIQUE

- **Forme congénitale :**
 - **Mort in-utéro** : contamination +++
 - **Pré-maturité**
 - **Maladie congénitale** : ictère – purpura – dysmaturité – microcéphalie – chorio-rétinite – pneumopathie
 - Mortalité élevée
 - **Formes inapparentes** => encéphalopathie → **retard psychomoteur**

DIAGNOSTIC

- Histologie : biopsie
- CMV : urines – sang par PCR
- Sérologie : Ig M spécifiques => primo-infection

TRAITEMENT

- **GANCICLOVIR** : CYMEVAN IV seulement 10mg/kg/j → 1 mois puis 5mg/kg/j → fin
- **FOSCARNET** : FOSCAVIR IV seulement
- **Effet secondaires : toxicité rénale**
- **Indication : ID - SIDA – greffé**

EPSTEIN BARR VIRUS

EPIDEMIOLOGIE

- Primo-infection = mononucléose infectieuse: enfant → immunité solide
 - Latence: lymphocytes B
 - Récurrences :
 - Pas de récurrences chez immuno compétent
 - asymptomatique ou non **chez immunodéprimé seulement**
 - **Rôle important du virus dans :**
 - Tumeurs de BURKITT et Cancer du naso-pharynx
- Transmission :**
- **Salive** +++ Transfusion +/- sexuelle
 - **Adulte** : grands excréteurs asymptomatiques

CLINIQUE

Mononucléose infectieuse

- **Début** : asthénie +++ progressive – fièvre < 38°C
- **État** : rapidement
 - **Angine** : à fausses membranes parfois érythémateuse ou E. pultacée
 - **Œdème** de la luette – **purpura** du voile du palais
 - **ADP** : petites – sensibles – cervicales – occipitales
 - **SPM** : 50% molle – indolore – **HPM** +/-
 - **Exanthème** : éruption maculeuse – tronc – racine des membres spontanée ou par la prise de **Pénicilline A**



Angine exsudat caractéristique

M

N

I



Angine exsudat folliculaire



Angine tardive

Évolution :

guérison spontanée 3 à 4 semaines

convalescence : longue : asthénie +++

Complications : rupture spontanée de la rate est rare

- **Autres manifestations :**
 - Hépatite clinique ou biologique
 - Troubles hématologiques : anémie hémolytique et purpura thrombopénique
 - Troubles neurologiques : encéphalite – polyradiculonévrite – méningite
 - Myocardite – pleurésie

Infection à EBV chez l'immunodéprimé

Greffe d'organes solides ou de moelle: maladie lympho proliférative

Infection à VIH

Lymphomes cérébraux, leucoplasie chevelue de la langue

- **F.N.S.** : **syndrome mono-nucléosique**
Hyperleucocytose : grandes cellules hyper-basophiles
> 10%
- **Transaminases** : élevées dans 90% des cas
- **MNI-test** : réaction d'agglutination → Ig M
rapide – simple – spécifique : 98% des cas
- **Réaction de PAUL-BUNNELL-DAVIDSON** :
- Recherche des agglutinines + si > 1/80
- **PCR** pour virus

TRAITEMENT

- **Symptomatique** : repos au lit; pas de sport
corticothérapie : anémie hémolytique
1mg/kg/j pendant 10 jours

HERPES VIRUS HUMAIN 6

EPIDEMIOLOGIE

- Proche du **CMV isolé en 1986**
- **Endémie** : âge : nourrisson
- **Réservoir** : humain
- **Transmission** : salive – greffon
- **Latence** : cellules salivaires – monocytes – cellules B
+++ CD4 - macrophages

CLINIQUE

Exanthème subit du NRSON

Nourrisson : 6 à 24 mois → 4 ans

- **Incubation** : 5 – 15 jours silencieuse
- **Début** : brutal
 - 1-T° à 40°C isolée pendant 3 à 5 jours
 - 2-Disparition de la T° => apparition **soudaine d'une éruption** : macules et papules 2 à 3 mm : cou – tronc – cuisses – fesses : 24 à 48 h – disparaît spontanément
 - +/- pharyngite – otite – ADP cervicales – leucopénie
 - **Évolution bénigne**



CLINIQUE

- Enfant et adulte : hépatite fulminante
- Immunodéprimé :
 - Pneumopathies graves
 - Rôle dans le lymphome
 - Aggravation du SIDA (touche les CD4)

DIAGNOSTIC

- Virus par culture cellulaire ou PCR
- Sérologie : anticorps par IF

TRAITEMENT : symptomatique

HHV-7 et HHV-8

- **HHV-7**
- **Virus lymphotrope**
- Isolé chez des adultes sains
- Pourrait également donner l'exanthème subit
-

HHV-8

- **Retrouvé dans les lymphocytes B et les cellules endothéliales des Sarcome de Kaposi**
- **Il favoriserait l'apparition des lymphomes primitif des séreuses et la maladie de KAPOSI**
- **Il précipite l'évolution vers le SIDA**